

平成23年度 日本磁気共鳴専門技術者認定申請書

受験番号

ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	年	月	日
E-mail	(勤務先 ・ 自宅)		
勤務先	施設名		
	所属部課		
	住所	(〒 -)	
	電話番号		
国家資格	(該当箇所すべてにチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他		
所属団体	(該当箇所すべてにチェックしてください。) 【会員番号】 <input type="checkbox"/> 日本磁気共鳴医学会 (JMRRM) <hr/> <input type="checkbox"/> (社)日本医学放射線学会 (JRS) <hr/> <input type="checkbox"/> (社)日本放射線技術学会 (JSRT) <hr/> <input type="checkbox"/> (社)日本放射線技師会 (JART) <hr/> <input type="checkbox"/> (社)日本臨床衛生検査技師会 (JAMT) <hr/> <input type="checkbox"/> (社)日本医用画像システム工業会 (JIRA)		
申請書類の確認	(同封書類にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 認定申請書(当書類) <input type="checkbox"/> 認定試験の合格通知書のコピー <input type="checkbox"/> 第7回認定試験の受験票(原本) <input type="checkbox"/> 認定料振込用紙控えのコピー(¥10,000)		
上記の通り日本磁気共鳴専門技術者の認定の申請をいたします 年 月 日 <div style="text-align: right;">氏名 _____ (印)</div>			

※申請書類に記載された個人情報は本機構のプライバシーポリシーに則って運用いたします。